



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2016

Traumatherapien: Was haben sie gemeinsam?

Schnyder, Ulrich ; et al

DOI: <https://doi.org/10.1024/1661-8157/a002307>

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-124387>

Journal Article

Accepted Version

Originally published at:

Schnyder, Ulrich; et al (2016). Traumatherapien: Was haben sie gemeinsam? Praxis, 105(7):383-387.

DOI: <https://doi.org/10.1024/1661-8157/a002307>

Traumatherapien: Was haben sie gemeinsam?

Trauma-focused Psychotherapies: What are the Commonalities?

Ulrich Schnyder, M.D.¹, Anke Ehlers, Ph.D.², Thomas Elbert, Ph.D.³, Edna B. Foa, Ph.D.⁴,
Berthold P.R. Gersons, M.D. Ph.D.⁵, Patricia A. Resick, Ph.D.⁶, Francine Shapiro, Ph.D.⁷,
Marylène Cloitre, Ph.D.⁸

¹ Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsspital
Culmannstrasse 8
8091 Zürich
Schweiz
ulrich.schnyder@access.uzh.ch

² Department of Experimental Psychology
University of Oxford
UK
anke.ehlers@psy.ox.ac.uk

³ Fachbereich Psychologie
Universität Konstanz
Fach 905
Universitätsstrasse 10
78457 Konstanz
Deutschland
thomas.elbert@uni-konstanz.de

⁴ Center for the Treatment and Study of Anxiety
Department of Psychiatry
University of Pennsylvania
3535 Market Street
Philadelphia, PA 19104
USA
foa@mail.med.upenn.edu

⁵ Academic Medical Center
University of Amsterdam
Arq Psychotrauma Expert Group
Nieuwe Diemen 5
1112 XE Diemen
The Netherlands
b.p.gersons@amc.uva.nl

⁶ Department of Psychiatry and Behavioral Sciences
Division of Translational Science
Duke University Medical Center
411 West Chapel Hill Street, Suite 200
Durham, NC 27710

USA
patricia.resick@duke.edu

⁷ Senior Research Fellow, Emeritus
Mental Research Institute
Palo Alto, CA
USA
fshapiro@mcn.org

⁸ National Center for PTSD - Dissemination & Training Division
VA Palo Alto Health Care System, Palo Alto, California
NYU Langone Medical Center, New York City, New York
USA
marylene.cloitre@nyumc.org

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Ulrich Schnyder
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsspital
Culmannstrasse 8
8091 Zürich
ulrich.schnyder@access.uzh.ch

Abkürzungen:

BEPP:	Brief Eclectic Psychotherapy for PTSD
EMDR:	Eye Movement Desensitization & Reprocessing Therapy
CPT:	Cognitive Processing Therapy
NET:	Narrative Exposure Therapy
PE:	Prolonged Exposure Therapy
PTBS:	Posttraumatische Belastungsstörung
STAIR Narrative Therapy:	Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation Narrative Therapy

Traumatherapien: Was haben sie gemeinsam?

Zusammenfassung

Für die psychotherapeutische Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) haben sich verschiedene Verfahren als wirksam erwiesen. Diese unterscheiden sich in ihren Interventionsmethoden, haben aber auch wesentliche Gemeinsamkeiten. Angesichts dieser Situation stehen Kliniker häufig vor der Frage, welche Therapieform sie auswählen sollen und vor allem, welche Komponenten der verschiedenen Verfahren für eine erfolgreiche Behandlung wirklich entscheidend sind. Die folgenden Elemente finden sich, in unterschiedlichen Ausprägungen, in fast allen wirksamen Psychotherapien für PTBS: Psychoedukation, Verbesserung von Emotionsregulation und Bewältigungsstrategien, Exposition, kognitive Verarbeitung, Restrukturierung und/oder Bedeutungsgebung, Bearbeitung von Emotionen, sowie Reorganisation der Erinnerungen. Die zugrundeliegenden Wirkmechanismen sind noch zu wenig erforscht. Traumatherapien sollten in Zukunft spezifischer auf bestimmte Patientenmerkmale zugeschnitten sein. Ein additiver Nutzen resilienzfördernder Massnahmen konnte bisher noch nicht gesichert werden.

Schlüsselwörter

Trauma, Posttraumatische Belastungsstörung, Psychoedukation, Exposition, kognitive Restrukturierung

Ü1 Einleitung

In den vergangenen drei Jahrzehnten hat sich die Psychotraumatologie sowohl in der Forschung als auch in ihrer klinischen Anwendung enorm entwickelt. Parallel zur stetigen Zunahme von Grundlagenwissen wurden therapeutische Verfahren entwickelt, um Menschen zu behandeln, die unter posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) und anderen Traumafolgestörungen leiden. Insgesamt sind die Effektstärken für psychotherapeutische Verfahren deutlich höher als diejenigen für medikamentöse Behandlungen. Heute steht uns eine ganze Reihe evidenzbasierter Therapiemöglichkeiten zur Verfügung (1-3). Diese unterscheiden sich sowohl in der Anzahl und Dauer der Sitzungen, als auch in der Vielfalt der eingesetzten Techniken. Angesichts dieser Situation stehen Kliniker häufig vor der Frage, welches Therapiemanual sie auswählen sollen und vor allem, welche Elemente der verschiedenen Verfahren für eine erfolgreiche Behandlung wirklich entscheidend sind. Im Folgenden werden deshalb die momentan verfügbaren evidenzbasierten psychologischen Traumatherapien kurz vorgestellt. Anschliessend folgt eine Zusammenfassung ihrer wichtigsten Gemeinsamkeiten sowie ein kurzer Ausblick auf weitere Entwicklungen.

Ü1 Evidenzbasierte Psychotherapien für PTBS

Bei der *Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation (STAIR) Narrative Therapy* (4) werden in einer ersten Phase Emotionsregulation und soziale Kompetenzen trainiert. Erst anschliessend werden die traumatischen Erlebnisse bearbeitet. Viele traumatisierte Patienten kommen nicht primär wegen PTBS-Symptomen, sondern wegen Beziehungsproblemen und emotionalen Störungen in die Behandlung. Indem er zu Beginn der Behandlung ein Kompetenztraining durchführt, welches direkt an diesen Problemen ansetzt, geht der Therapeut auf die primären Anliegen des Patienten ein. Dadurch soll auch die Kooperationsbereitschaft für die zweite, oft sehr belastende, traumafokussierte Therapiephase gestärkt werden: Nun werden die traumatischen Erfahrungen in einer modifizierten Version der Prolonged Exposure Therapy (siehe unten) bearbeitet und zu einem kohärenten Narrativ reorganisiert.

Cognitive Therapy for PTSD beginnt mit einer individuellen Fallformulierung anhand des kognitiven Modells der PTBS (5). Von der ersten Sitzung an arbeitet der Patient mit Unterstützung des Therapeuten an der Wiederaufnahme oder dem Wiederaufbau von

Aktivitäten und sozialen Kontakten. Es folgt die Traumagedächtnis-Aktualisierung, die aus drei Schritten besteht: Zugang schaffen zu den Erinnerungen an die schlimmsten Momente während des Traumas und deren gegenwärtig bedrohende Bedeutungen; Informationen suchen oder in kognitiver Umstrukturierung erarbeiten, die diese Bedeutungen aus heutiger Sicht neu bewerten; und Verknüpfung der neuen Bewertungen mit den schlimmsten Momenten im Gedächtnis. In einem Diskriminationstraining entdeckt der Patient die spezifischen Auslöser des Wiedererlebens, um dann zu lernen, zwischen den im JETZT wahrgenommenen Reizen (Reize in einer neuen, sicheren Umgebung) und den Reizen DAMALS (Reize aus der traumatischen Situation) zu unterscheiden. Parallel hierzu arbeitet der Patient daran, Verhaltensweisen und kognitive Prozesse aufzugeben, welche eine PTBS aufrechterhalten.

Bei der *Narrative Exposure Therapy (NET)* (6) entfaltet der Patient seine Lebensgeschichte in chronologischer Abfolge. Empathisches Verständnis, aktives Zuhören, Kongruenz und bedingungslose Wertschätzung sind Schlüsselemente im Therapeutenverhalten. Bei den Erlebnissen traumatischer Belastungen fragt der Therapeut im Detail nach sensorischen Erinnerungen, Gedanken, Emotionen und den begleitenden physiologischen Veränderungen im Damals beim Erleben wie im Jetzt bei der Erinnerung. Während der Narration wird der Patient dazu angehalten, das Trauma nachzuerleben, all seine Gefühle zuzulassen, während gleichzeitig die Verbindung zum „Hier und Jetzt“ gehalten wird. Der Patient lernt, dass die momentanen Gefühle durch die Erinnerung und nicht durch das Trauma selber hervorgerufen werden. Dadurch erfolgt die Zuordnung zum autobiografischen Kontext, also die Vergesichtlichung und Verortung des Traumas. Das dokumentierte Zeugnis der eigenen Biografie wird nach Abschluss der Therapie dem Patienten übergeben.

Prolonged Exposure Therapy (PE) (7) beinhaltet zwei wesentliche Komponenten. In der imaginativen Exposition konfrontiert sich der Patient mit den belastenden Erinnerungen an das Trauma. Diese wurden bisher vermieden, weil sie so schmerzhaft und belastend sind und bei vielen Patienten mit PTBS ein Gefühl von Kontrollverlust hervorrufen. Auf die imaginative Exposition folgen 15-20 Minuten der Verarbeitung: Das in der Imagination Erlebte und allfällige Veränderungen in der Wahrnehmung sowie andere damit verbundene Emotionen und Empfindungen werden durchgesprochen. Die Verarbeitung behandelt nicht nur Angst und Furcht, sondern auch Scham, Schuld und Wut. Der zweite wichtige Bestandteil ist die in vivo Exposition, d.h. die graduelle Annäherung an die in der Folge der Traumatisierung vermiedenen, heute aber sicheren Alltags-Situationen, die mit dem Trauma in Bezug stehen.

Brief Eclectic Psychotherapy for PTSD (BEPP) (8) kombiniert fünf Module verschiedenen Ursprungs. Die Psychoedukation wird gemeinsam mit dem Partner oder einer vertrauten Person durchgeführt. Die nächsten 4-6 der insgesamt 16 Sitzungen werden für imaginative Exposition genutzt. In der BEPP wird die imaginative Exposition sehr langsam, aber gründlich durchgeführt. Sie beginnt mit einer Entspannungsübung. Dann wird auf die Zeit kurz vor dem Geschehen, auf das Trauma selbst und auf die folgenden Ereignisse fokussiert. Besonderer Wert wird auf den Gefühlsausdruck während der „Hotspots“, also der Momente maximaler Erregung gelegt. Weitere Hilfsmittel sind die Arbeit mit Andenken, die mit dem traumatischen Ereignis verbunden sind, und das Verfassen eines Fortsetzungsbriefes, um Emotionen wie Wut und Trauer auszudrücken. Die letzten 9 Sitzungen sind der Bedeutungszuschreibung gewidmet und dienen dazu, etwas aus dem traumatischen Erlebnis zu lernen. Die Behandlung endet mit einem Abschiedsritual.

Die *Cognitive Processing Therapy (CPT)* (9) hat Ähnlichkeiten mit der Kognitiven Therapie für PTBS. Die ersten drei Sitzungen sind der Psychoedukation gewidmet, in welcher die Rolle von Gedanken und Emotionen bei der Entstehung und Aufrechterhaltung der PTBS erläutert wird. Anschliessend wird auf das Trauma fokussiert, insbesondere auf die sogenannten „stuck points“, die der Verarbeitung und Heilung im Wege stehen. Der Sokratische Dialog über Grundannahmen und Überzeugungen, welche durch die traumatische Erfahrung verzerrt wurden, soll helfen, diese stuck points aufzulösen. Zu Beginn der Therapie wird hauptsächlich auf das Trauma fokussiert, später werden auch ganz allgemein gestörte Grundannahmen bearbeitet. Zwischen den Sitzungen schreiben die Patienten einen detaillierten Bericht über ihr schlimmstes Trauma und lesen ihn sich selber täglich vor. Die kognitive Restrukturierung wird durch Arbeitsblätter und andere schriftliche Materialien unterstützt.

Bei der *Eye Movement Desensitization & Reprocessing (EMDR) Therapy* (10) wird der Patient nicht gebeten, die traumatischen Erinnerungen eines ausgewählten Ereignisses in allen Details zu beschreiben. Vielmehr soll er sich zunächst auf ein Vorstellungsbild des Geschehens sowie die derzeitigen negativen Überzeugungen und die Verortung von beunruhigenden körperlichen Empfindungen konzentrieren. Die Verarbeitung besteht aus kurzen Expositionen von ungefähr dreissig Sekunden, die mit aufeinanderfolgenden Sets von bilateralen Augenbewegungen verbunden werden. Der Patient wird aufgefordert „geschehen zu lassen, was immer geschieht“, während üblicherweise neue Gedanken, Emotionen, Wahrnehmungen oder Erinnerungen aufkommen. Nach jedem Set von

bilateralen Augenbewegungen wird er gebeten kurz zu beschreiben, was ihm in den Sinn kam, dann lenkt der Therapeut seinen Aufmerksamkeitsfokus auf das nächste Set.

Ü1 Die Gemeinsamkeiten der Traumatherapien

Die derzeit verfügbaren empirisch gestützten Psychotherapien für PTBS haben alle ihre Besonderheiten, aber auch erstaunlich viel gemeinsam (11). Hier die wichtigsten Gemeinsamkeiten:

- *Psychoedukation* informiert die Betroffenen und ihre Angehörigen über das Wesen und den Verlauf traumatischer Stress-Reaktionen und posttraumatischer Symptomatik. Sie identifiziert und unterstützt Bewältigungsformen im Umgang mit traumatischen Erinnerungen und zeigt auf, wie mit Stress und Spannung umgegangen werden kann. Bei der traumafokussierten Psychotherapie hat die Psychoedukation zum Ziel, therapeutische Interventionen zu erleichtern, die Kooperation des Patienten zu optimieren und Rückfälle zu vermeiden.
- *Bewältigungsstrategien und Fertigkeiten der Emotionsregulation* werden bei den meisten therapeutischen Ansätzen vermittelt und eingeübt. Manchmal findet das eher implizit statt, manchmal aber auch wird der Verbesserung der Emotionsregulation zu Beginn der Behandlung eine zentrale Rolle eingeräumt, wie zum Beispiel beim Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation (STAIR) Narrative Therapy.
- *Imaginative Exposition* wird vor allem in der Prologend Exposure Therapy und der Narrative Exposure Therapy (NET) stark betont, wobei die NET den Kontrast zwischen dem damaligen kognitiven und emotionalen Erleben und der heutigen Erinnerung betont. Es gibt aber bei fast allen traumafokussierten Psychotherapien ein Element bzw. eine Phase, in welcher die Patienten mit ihren Erinnerungen an die traumatischen Erlebnisse konfrontiert werden. Bei der EMDR Therapy fokussieren die Patienten schweigend ihre Aufmerksamkeit auf ihr Trauma, wobei sie immer wieder zu bilateralen, sakkadischen Augenfolgebewegungen aufgefordert werden. Bei der Cognitive Processing Therapy schreiben sie zu Hause einen Aufsatz über ihre traumatische Erfahrung und lesen dann in der Therapiestunde daraus vor; und bei der Brief Eclectic Psychotherapy for PTSD wird Exposition durchgeführt, um Katharsis zu fördern.
- *Kognitive Verarbeitung, Restrukturierung und/oder Bedeutungsgebung* sind ebenfalls Behandlungselemente, die in beinahe allen empirisch gestützten Traumatherapien gefunden werden können. In der Kognitiven Therapie und auch in der Cognitive

Processing Therapy sind Sokratischer Dialog und kognitive Restrukturierung die zentralen Therapie-Elemente. Bei der Prolonged Exposure Therapy und auch bei der EMDR Therapy wird kognitive Arbeit eher als ein Teil der Integrationsphase konzipiert, die auf die Exposition oder auf ein Set von Augenbewegungen folgt.

- *Emotionen* sind bei allen Traumatherapien ein wichtiges Thema. Bei einigen wird hauptsächlich Angst bzw. das sogenannte Furcht-Netzwerk bearbeitet, andere fokussieren mehr auf Schuld- und Schamgefühle, Wut oder Trauer und Traurigkeit. „Moral injury“ kann bei komplexen traumatischen Erfahrungen auftreten: eine Mischung aus teilweise konfligierenden Emotionen, die bei der Konfrontation mit ethischen Dilemmata entstehen können. Obschon moral injury in den meisten Therapiemanualen noch nicht explizit beschrieben wird, gewinnt der Begriff zunehmend an Bedeutung, beispielsweise bei der Behandlung gefolterter Flüchtlinge oder anderer Patienten, die komplexe Traumatisierungen durchleben mussten.
- *Gedächtnisprozesse* sind ebenfalls wichtig für die Behandlung traumabedingter Störungen. Ungeachtet der verwendeten Fachbegriffe, sind die Reorganisation der Erinnerungen an die traumatischen Erlebnisse und das Erschaffen eines *kohärenten Trauma-Narrativs* offensichtlich zentrale Ziele aller trauma-fokussierten Therapien.

Ü1 Künftige Entwicklungen

Ein besseres Verständnis der Wirkmechanismen der beschriebenen Traumatherapien ist sicherlich erforderlich. Systematische Forschung in diese Richtung kann helfen, die wichtigsten Behandlungselemente zu identifizieren, so dass die Therapien gezielter eingesetzt werden können. Zudem kann die Erforschung der Mechanismen dazu dienen, Vorgänge zu entdecken, die bislang übersehen wurden, aber möglicherweise einen erheblichen Einfluss auf den Therapieerfolg haben. Es kann auch nicht erwartet werden, dass alle Personen gleichermassen auf Behandlungsprogramme ansprechen. Daher sollten diese besser auf die Bedürfnisse spezifischer Patientengruppen zugeschnitten werden, die sich insbesondere hinsichtlich Alter (z.B. Kinder), belastender Kindheitserfahrungen (z.B. emotionale Vernachlässigung in der Kindheit), Komorbidität (z.B. Depression), kulturellem Hintergrund und sozialer Anerkennung des Geschehenen unterscheiden. Dazu gehört auch ein besseres Verständnis der neurobiologischen und psychosozialen Auswirkungen multipler und sequenzieller Traumatisierungen, insbesondere während unterschiedlicher Entwicklungsphasen. Wir verstehen auch noch zu wenig, wie Erlebnisse selbstverübter Gewalttaten oder anderer Taten verarbeitet werden, die gegen die eigenen moralischen Wertvorstellungen verstossen („moral

injuries“). Und schliesslich wünschen wir uns Antworten auf die wichtige Forschungsfrage, ob Traumatherapien durch die Förderung von Resilienz in Ergänzung zu den traumafokussierenden Therapieelementen noch wirksamer werden können.

Ü1 Referenzen

1. Bisson JI, Roberts NP, Andrew M, Cooper R, Lewis C. Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. Cochrane Database Systematic Review. 2013.
2. Schnyder U, Cloitre M. Evidence based treatments for trauma-related psychological disorders: A practical guide for clinicians. Switzerland: Springer International Publishing; 2015.
3. Watts BV, Schnurr PP, Mayo L, Young-Xu Y, Weeks WB, Friedman MJ. Meta-analysis of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. J Clin Psychiatry. 2013;74(6):e541-50.
4. Cloitre M, Cohen LR, Koenen KC, Han H. Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: a phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. J Consult Clin Psychol. 2002;70(5):1067-74.
5. Ehlers A, Clark DM. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. Behav Res Ther. 2000;38:319-45.
6. Schauer M, Neuner F, Elbert T. Narrative Exposure Therapy. A short-term treatment for traumatic stress disorders. 2nd, revised and expanded edition ed. Göttingen: Hogrefe; 2011.
7. Foa EB, Hembree EA, Rothbaum BO. Prolonged Exposure Therapy for PTSD. Emotional processing of traumatic experiences. Therapist guide. Barlow DH, editor. Oxford: Oxford University Press; 2007.
8. Gersons BPR, Meewisse ML, Nijdam MJ. Brief Eclectic Psychotherapy for PTSD. In: Schnyder U, Cloitre M, editors. Evidence based treatments for trauma-related psychological disorders: A practical guide for clinicians. Switzerland: Springer International Publishing; 2015. p. 255-76.
9. Resick PA, Schnicke MK. Cognitive processing therapy for sexual assault victims. J Consult Clin Psychol. 1992;60(5):748-56.
10. Shapiro F. Eye movement desensitization and reprocessing: basic principles, protocols, and procedures. 2 ed. New York: Guilford Press; 2001.
11. Schnyder U, Ehlers A, Elbert T, Foa EB, Gersons BPR, Resick PA, et al. Psychotherapies for PTSD: What do they have in common? EJPT. 2015;6: 28186.